

**Department of Community Services and Development**

Energy Intake Form

CSD 43 (10/2017)

Solo para uso oficial	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	

Agency: **PACE** Intake Initials: Intake Date: Eligibility Cert Date:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/YY
DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo)			
Domicilio De Servicio			Número de unidad
Ciudad	Condado <b>LOS ANGELES</b>	Estado <b>CA</b>	Código postal
¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Domicilio postal			Número de unidad
Ciudad	Condado <b>LOS ANGELES</b>	Estado <b>CA</b>	Código postal
Número de seguridad social (SSN):		Número telefónico ( )	
Correo Electronico:			

<b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b> Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted →		<b>INGRESOS</b> Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos →	
<i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i>		<i>Indique e el ingreso mensual <b>bruto</b> total de <b>todas</b> las personas que viven en el hogar:</i>	
Edades 0 – 2 años		TANF / CalWorks	\$
Edades 3 - 5 años		SSI / SSP	\$
Edades 6 - 18 años		SSA / SSDI	\$
Edades 19 - 59		Cheque(s) de pago	\$
Edades mayor de 60 años		Intereses	\$
Discapacitado		Pensión	\$
Nativo Americano		Otro	\$
Trabajador agrícola estacional o migrante		<b>Ingreso mensual total</b>	<b>\$</b>

**INTEGRANTES DEL HOGAR**  
INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS INTEGRANTES DEL HOGAR  
Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional.

Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Edad	Fecha de nacimiento MM/DD/YY	Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos
		Usted				
<b>Monto del ingreso bruto mensual total del hogar</b>					<b>\$</b>	

¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)?  Sí  No

**FACTURA DE PAGO**

¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP?

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ No. de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Su servicio público está interrumpido?  Sí  No

¿Recibió una notificación por atraso?  Sí  No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta?  Sí  No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos?  Sí  No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica?  Sí  No

**SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)**

¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles)  Sí  No  N/A

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible

(madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: \_\_\_\_\_  N/A

**INFORMACIÓN SOBRE**

**ENERGÍA**

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar.

**Debe presentar una copia de todas las facturas de energía recientes por todos los costos de energía doméstica. NOTA:**

¿Cuál es el combustible que más utiliza para CALENTAR su hogar? DEBE marcar una fuente principal. **SELECCIONE UNO BIL SOLAMENTE**

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible

Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible  N/A

¿Usted es el titular de: **La factura de Electricidad**  Yes  No **La factura de Gas Natural**  Yes  No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente a los Pagos de mis costos de energía.

X

\*\*\* FIRMA DEL SOLICITANTE \*\*\*

Fecha

NOMBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El Artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP. OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como consecuencia de la raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

**SOLICITANTE: NO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.**

Utility Assistance being provided under which program →  HEAP  Fast Track  HEAP WPO  ECIP WPO

Base Benefit \$ \_\_\_\_\_ Supplement \$ \_\_\_\_\_ Total Benefit \$ \_\_\_\_\_

Total Energy Cost \$ \_\_\_\_\_ Energy Burden \_\_\_\_\_

Energy Services Restored after disconnection:  Sí  No Disconnection of Energy Services Prevented:  Sí  No

Home Referred for WX:  Home Already Weatherized:

**CONFIRMACIÓN DE LA EDUCACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre del Inquilino	Edad de la Vivienda
----------------------	---------------------

Dirección de la vivienda

**Confirmación de Recibimiento**

He recibido la información siguiente:

- Educación de Plomo** – Una copia del folleto, *Remodelar correctamente: Información importante sobre los riesgos causados por el plomo para familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas (efectivo 12/22/08)* información del riesgo potencial de la exposición de plomo por la actividad de la climatización o renovación que se realizara en mi vivienda.
- Educación de la Energía** – Información con respecto a cambios que puedo realizar para reducir la hogar consumición de energía de mi hogar.
- Educación del Molde y Humedad** - Una copia del folleto, *Una Guía Breve de Molde y Humedad en su Hogar*, informándome como limpiar problemas residenciales del molde y como prevenir crecimiento de molde.
- Asesoramiento de su Presupuesto** - Información con respecto al manejoamiento de sus finanzas personales.

Firma del recipiente	Fecha
----------------------	-------

**Opción de Certificación**

Yo cerifico que intente entregar la información siguiente a la dirección de arriba.

- Educación de Plomo  Educación de la Energía  Educación del Molde y Humeda  Asesoramiento de su Presupuesto

*Si la información fue entregada pero una firma no fue obtenible, usted puede marcar la caja apropiada abajo.*

- Denegación de Firma** — Yo cerifico que he hecho un esfuerzo en buena fe para entregar la informción a la dirección de arriba en la fecha y la hora indicada y que el inquilino rechazó firmar la confirmación de recibimiento. Además cetifico que he dejado una copia de la información en la unidad con el inquilino.
- No se Encontró para Firmar** — Yo certifico que he hecho un esfuerzo en buena fe para entregar la información a la dirección de arriba y que el inquilino no se encontró para firmar la confirmación de recibimiento. Además certifico que he dejado una copia de la información en la unidad deslizándola de bajo de la puerta.

Fechas y tiempos que se trató de entregar la información.

Fecha	Tiempo	Fecha	Tiempo	Fecha	Tiempo

Firma (Representativo de la Agencia)	Nombre
--------------------------------------	--------

**Opción de Envío de la Certificación:**

Yo cetifico que he enviado la siguiente información a la dirección de arriba (fije una copia del Certificado de Correo para la Educación de Plomo solamente):

- Educación de Plomo  Educación de la Energía  Educación del Molde y Humeda  Asesoramiento de su Presupuesto

Firma (Representativo de la Agencia)	Nombre	Fecha
--------------------------------------	--------	-------

## Formulario de la Encuesta Demográfica

De acuerdo con los requisitos del programa fondo federal, por favor proporcione la siguiente información de la encuesta demográfica. Por favor, marque lo que corresponda.

### Ingresos y / o cualquier otra ayuda:

1. \_\_\_ AFDC/TANF/CalWorks
  2. \_\_\_ SSI/SSP
  3. \_\_\_ SSA/Seguridad Social
  4. \_\_\_ Pensión /Retiro/Annuity
  5. \_\_\_ Empleo, IHSS, Crystal Stairs
  6. \_\_\_ Ingresos Autónomos
  7. \_\_\_ CAPI
  8. \_\_\_ EDD/SDI (Pagos de discapacidad)
  9. \_\_\_ Compensación de trabajadores
  10. \_\_\_ GR
  11. \_\_\_ Adopción/Cuidado tutelar
  12. \_\_\_ Inversiones/Interés
  13. \_\_\_ Beneficios de VA
  14. \_\_\_ Manutención de los hijos/del cónyuge
  15. \_\_\_ Apoyo de familia
  16. \_\_\_ Ingresos de alquiler
  17. \_\_\_ Ahorros
  18. \_\_\_ Cupones de alimentos
  19. \_\_\_ Otro (indique aquí)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Yo me considero

20. \_\_\_ Afroamericano
21. \_\_\_ Armenio
22. \_\_\_ Caucásico
23. \_\_\_ Chino
24. \_\_\_ Coreano
25. \_\_\_ Filipino
26. \_\_\_ Latino
27. \_\_\_ Nativo Indígena de América
28. \_\_\_ Vietnamita
29. \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Vivienda:

30. \_\_\_ Yo tengo **SECCIÓN 8** o HUD  
Mi porción mensual es: \$ \_\_\_\_\_
31. \_\_\_ **ALQUILO** un apartamento.  
Mi renta mensual es: \$ \_\_\_\_\_  
¿Aproximadamente cuántas unidades se encuentran en su edificio? \_\_\_\_\_
32. \_\_\_ **ALQUILO** una casa.  
Mi renta mensual es: \$ \_\_\_\_\_
33. \_\_\_ Yo soy **DUEÑO(A)** de casa.  
Mi pago mensual es: \$ \_\_\_\_\_



### PROGRAMA DE CLIMATIZACIÓN GRATIS

Usted puede ser elegible para recibir \$3055 - sin ningún costo a usted - las medidas de ahorro de energía y trabajo de climatización para su hogar. Requisitos de elegibilidad incluyen bajos ingresos y otros requisitos de evaluación pueden aplicar. Este programa está financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, administrada por el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo del estado de California.

Weatherization Works

34. \_\_\_ Deseo recibir la aplicación para estos beneficios.

### Procedimientos del Programa de Asistencia en Energía del Hogar (HEAP)

**Favor de leer y reconocer lo siguiente con su firma:**

1. El Programa de HEAP es una asistencia que puede ser utilizada solo una vez al año.
2. El Programa de HEAP no es un programa de derecho.
3. Todos pueden aplicar, no todos podrán calificar.
4. Si usted califica, un crédito será puesto en su cuenta de utilidad.
5. Si usted no califica, se le notificará por correo.
6. PACE no llamara a la compañía de servicios públicos de su parte por ninguna razón.
7. PACE no hace ningún pago.
8. Todos los pagos o créditos hechos hacia su cuenta de utilidad son por cuenta del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo del estado de California.
9. Ninguna cuenta de utilidad será pagada de inmediato. Puede tomar hasta **5 meses**. **Usted tendrá que hacer sus propios arreglos directamente con las compañías de utilidad para evitar la desconexión de su servicio.**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido los procedimientos del Programa de HEAP.  
(Nombre)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**PACE Servicios de Energia y Medio Ambiente**

**HEAP**

**1055 Wilshire Blvd.**

**Suite 900E**

**Los Angeles, CA 90017**

**web: www.pacela.org**

**Pacific Asian Consortium in Employment (PACE) y el Programa de Asistencia en Energia del Hogar (HEAP) ayuda a pagar parte de su cuenta de gas o electricidad**

El PACE Programa de Asistencia en Energia del Hogar (HEAP) es un proyecto financiado por la Comisi3n Federal de Bajos Ingresos y Programa de Asistencia de Energia a traves del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo del estado de California. Nuestra misi3n es ayudar a las familias elegibles y calificados de bajos ingresos compensen sus costos de calefacci3n y enfriamiento, proporcionando una vez al a3o el pago a cualquiera de su factura de gas o electrico.

El programa PACE HEAP sirve a los siguientes c3digos postales:

90001	90002	90003	90006	90007	90008	90009	90011	90012	90013	90014	90015	90017	90020	90021
90024	90025	90027	90028	90029	90030	90036	90037	90038	90039	90043	90044	90045	90046	90047
90048	90049	90050	90051	90052	90053	90054	90055	90057	90059	90060	90061	90062	90064	90066
90067	90068	90069	90071	90077	90079	90094	90210	90211	90212	90220	90221	90222	90223	90224
90231	90245	90247	90248	90249	90250	90251	90254	90260	90261	90266	90267	90272	90277	90278
90291	90292	90294	90295	90296	90301	90302	90303	90304	90305	90306	90307	90308	90309	90310
90311	90312	90401	90402	90403	90404	90405	90406	90407	90408	90409	90410	90411	90501	90502
90503	90504	90505	90506	90507	90508	90509	90510	90723	90745	90746	90747	90749	91201	91202
91203	91204	91205	91206	91207	91208	91209	90210	91502	91503	91505	91506	91521	91522	91523
91603	91608													

**\*\*\*HEAP NO PROPORCIONA ESTACIONAMIENTO NI VALIDACION\*\*\***

**Para determinar la elegibilidad de su hogar, debe presentar con las de:**

- Su ID de California con foto
- Su tarjeta de Seguro Social
- Su cuenta actual de electricidad y del gas Completa con todas las paginas que cubren al menos 22 dias de servicio con las marcas del medidor.
- **Los dos biles se requieren.** Incluya cualquier aviso final reciente o aviso de corto de servicios de gas o electricidad.
- **Entregue prueba de ingreso mensual actual.** Incluya todos los miembros del hogar que reciben ingresos. Esto debe mostrar ingresos antes de deducciones, y debe de mostrar los ingresos de los ultimos 30 dias.
  - o TANF (AFDC), GR, manutenci3n de los hijos, Kin-Gap y otros. Debe ser para el mes actual.
  - o SSI, SSA, VA debe ser para el a3o actual.
  - o Salario, EDD, SDI, Pension /Retiro por Discapacidad. Todos los talones deben cubrir los ultimos 30 dias. Si el pago es en efectivo o por contribuciones, debe demostrar la fecha, nombre, y direcci3n de la persona que presta dinero en efectivo.
- Una copia de contrato de Seccion 8/HUD, recibo de renta o pago de hipoteca

**Para determinar la elegibilidad tambien debe completar y firmar estas (3) formas:**

- Energy Intake Form CSD 43
- Forma de informaci3n demografica
- Formulario de Confirmaci3n de Educaci3n de Cliente CSD 321 (ver el reverso)

**IMPORTANTE**

1. Envie solo copias. No originales.
2. Usted sera notificado por correo si usted no califica para recibir ayuda.
3. Debido a la popularidad de este programa, las solicitudes pueden tardar hasta 5 meses de proceso.
4. No hay garantia de que reciban asistencia hasta que se apruebe su solicitud.
5. Es su responsabilidad ponerse en contacto con la compa3ia de utilidad para evitar la desconexi3n de servicios. Mientras se procesa su elegibilidad, continúe haciendo los pagos a la compa3ia de utilidad
6. Si usted califica, un pago se enviara directamente a la compa3ia de utilidad seleccionada y un credito sera publicado hacia su cuenta de servicios publicos.
7. Seda prioridad a ancianos, discapacitados, familias con nifios pequenos, y hogares que solicitan por primera vez esta asistencia, los hogares con bajos ingresos y cuentas mas altos.

**Las solicitudes no se procesaran si falta algun documento, o si algun documento no esta completo o firmado.**

**Para obtener mas informacion y para comprobar el estado de su solicitud:**

213-989-3236	Inglés/Español	213-989-3173	Inglés/Español
213-989-3294	Inglés/Español	213-989-3246	Inglés/Español
213-989-3183	Inglés/Chino/Vietnamita	213-989-3250	Inglés

**213-353-1228 Linea de informacion grabada disponible 24 horas al dia (No deje un mensaje)**

**Horario de oficina: lunes a viernes - 8:00 am a 3:00 pm**

**Energia es Dinero**



**Uselo Sabiamente**